

МОДЕЛИ ЗА ИНТЕГРИРАНИ ГРИЖИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С АРТРОЗА В КАНАДА

Г. Петрова, Г. Ненова, К. Михов, Св. Добролюбов, Т. Костадинова, Е. Георгиева, П. Манчева

INTEGRATED CARE MODELS FOR PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS IN CANADA

G. Petrova, G. Nenova, K. Mihov, Sv. Dobrilov, T. Kostadinova, E. Georgieva, P. Mancheva

Резюме. В публикацията са представени някои канадски модели за интегрирани грижи при пациенти с артроза. Прилагането на мултидисциплинарни грижи е свързано с добра комуникация и координация между различните заинтересовани страни. Ключови елементи при тези грижи са прилагане на специфични за заболяването интервенции, вариращи от диагностика и лечение до рехабилитация и обучение на пациентите. В моделите за предоставяне на интегрирани грижи при артроза участват предимно общопрактикуващи лекари и/или екипи от здравни специалисти в системата за първична медицинска помощ. За определяне на компонентите и за оценка на интегрираните грижи при пациенти с артроза се използва теорията на работната система на Алтер.

Summary. The publication presents some Canadian integrated care models for patients with osteoarthritis. The implementation of these multidisciplinary care is connected with good communication and connection between the sides involved. Key elements are: application of disease specific interventions, varying from diagnostics, treatment, rehabilitation, and patients training. Integrated care models for patients with osteoarthritis includes mainly general practitioners and/or teams of health specialists (psychologist, physiotherapist, etc.) in the system of primary medical care. Determination of the components and evaluation of the integrated care for patients with osteoarthritis is based on the theory of Alter.

Key words: models and methods of evaluation, integrated care, osteoarthritis, multidisciplinary teams

Въведение

По данни на Световната здравна организация от артрити и артрози страда около 10 процента от населението на земята, а при половината от тях заболяването е причина за инвалидност. Ставните болести по принцип влошават здравето и са причина за значителни финансови загуби както за болния, така и за обществото като цяло. Остеоартрозата е най-честото ставно заболяване – тя се среща при около 15% от населението на Земята. Жените страдат от артроза 10 пъти по-често от мъжете. Заболяването се проявява най-често във втората половина от живота, но не може да се приеме, че артрозата е старческо заболяване [8,10].

Въпреки широкия спектър и безспорната ефективност на лекарствата за лечение на болестта, значителна част от пациентите с артроза имат относително ниско, но постоянно ниво на активност на заболяването, което в различна степен затруднява ежедневието им дейности. По-голямата част от пациентите се нуждаят от дългосрочни интегрирани грижи, които включват медикаментозна терапия, рехабилитация, обучение и подкрепа за справяне с последиците от болестта. Последните насоки за управление на артрозата са с акцент именно върху предоставянето на интегрирани грижи.

Цел на изследването

Да се представят четири канадски модела на интегрирани грижи при пациенти с артроза.

Материал и методи

Анализ на публикации, посветени на спецификите на моделите на интегрирани грижи при пациенти с артроза; исторически метод – проучване на добри практики от Канада относно предоставяне на мултидисциплинарни екипни грижи при артроза.

Обсъждане

Лечението на възпалителните ставни заболявания се осъществява главно от ревматолози. В случай на комплексни проблеми се ангажират допълнително лекари и здравни специалисти от различни дисциплини. За да се гарантира непрекъснатост на предоставените грижи, лекарите и здравните

специалисти координират дейността си с помощта на различни инструменти [10,11].

За подобряване на предоставените медицински грижи за лечение на артроза и за да се осигури навременен достъп до здравни услуги се разработват алтернативни стратегии за екипни грижи с цел оптимизиране на традиционния мултидисциплинарен модел, а именно предоставяне на интегрирани грижи [12].

Интегрираните грижи при артроза в Канада се предоставят от модели с различни структури (Таблица 1) [11]. Моделите включват екипи от здравни специалисти от първичната и болничната помощ. Различните модели отразяват различни роли в екипа за интегрирани грижи като информиране и обучение на пациентите по отношение на самостоятелно управление на заболяването. В моделите за грижи са включени интердисциплинарни екипи за работа в сътрудничество с конкретни групи от населението, или по отношение на специфични състояния [4, 5]. Тези екипи са отговорни за разработването на базирани на доказателства "Моделите на грижи" (MoCs), включително „Здравна мрежа“ WA [11]. Бригс и др. (2014 г.) определят интегрираните грижи при артроза като "политика на доказателства или рамка за информация, която очертава оптималния начин, по който трябва да се предоставят специфичните грижи и достъпа на потребителите" [11].

Терапевтичният модел, използван за управление на артрозата в Канада, включва специализирана ревматологична и интердисциплинарна подготовка на физиотерапевтите и трудовите терапевти. Те провеждат консултации със или насочват пациентите към други здравни специалисти, когато това е необходимо. Пациенти с артроза, лекувани от терапевт, показват значително подобрене по отношение на получените знания в сравнение с традиционния модел на физиотерапия или трудова терапия. Освен това, значително повече пациенти, лекувани от терапевт, показват подобрене на най-малко две от трите мерки за резултатност (въпросник за оценка на здравето, изпитвана болка и знания за заболяването) [12].

В моделите за интегрирани грижи при артроза се включват образователни дейности, както и съвместни консултации, технологии за подобряване на контактите между ортопеди, общопрактикуващи лекари и екипи от здравни

Таблица 1. Структура на модели на интегрирани грижи при артроза в Канада

| Тип модел | Структура на модела |
|---|--|
| Традиционна първична медицинска помощ (лекари, работещи най-често в групово практику) в сътрудничество със специалисти от болнична помощ. | <ul style="list-style-type: none"> Лекари от първичната помощ поемат цялата отговорност за грижите като специалистът (обикновено ревматолог или ортопед хирург) предоставя специализирани услуги в рамките на първичната медицинска помощ. Споделен модел за грижи, при който специалистът има ограничено участие в грижите за пациента. |
| Екип за мултидисциплинарна специализирана грижа за артроза. | <ul style="list-style-type: none"> Целият обем от грижи в целия спектър на заболяването се предоставя от мултидисциплинарен екип. |
| Модели, базирани на телемедицина в селски или труднодостъпни райони. | <ul style="list-style-type: none"> Доставчици на интегрирани грижи на местно ниво разчитат на координация и управление на състоянието със специалист посредством телемедицински технологии, редки консултации лице-в-лице. |
| Модели в общността. | <ul style="list-style-type: none"> Програми в общността, предоставящи услуги, които са ограничени или не съществуват в здравната система на национално ниво с цел насърчаване на превантивните грижи, самостоятелно управление на заболяването и намаляване на рисковите фактори. |

Източник: M. Raven, L. Brown, P. Bywood, Allied health integration: Collaborative care for arthritis and other musculoskeletal conditions, Primary Health Care Research & Information Service (PHCRIS), August 2014

специалисти и създаването на съвместни програми и насоки за лечение. Програмата „Овластяване на артрозата“ се състои от 2-дневен семинар и последващи подсилващи дейности за доставчиците на здравни услуги и е подкрепена от набор от писмени материали за доставчиците и потребителите [1]. Тя е проектирана въз основа на 10-те най-добри практики за лечение, подбрани от публикуваните насоки за лечение на артроза [1]. Съществен елемент в рамките на всички тези интервенции, освен засиленото сътрудничество, е обучението на здравните специалисти за подпомагане на пациентите с артроза при самоуправление на заболяването [6, 7, 8].

За определяне на компонентите на интегрираните грижи при пациенти с артроза се използва теория на работната система на Алтер [12]. „Работната система“ е система, в която участници и/или машини изпълняват бизнес процеси с помощта на информационни, технологични и други ресурси с цел произвеждане на продукти и/или услуги за вътрешни или външни клиенти [12] (Фигура 1). В случая работната система се състои от всички средства, ангажирани за предоставянето на грижи за пациенти с артроза. Характеризира се със следните компоненти и функции:

- Бизнес процеси, представляващи работата, извършена в рамките на работната система. Всяка стъпка в тези процеси се състои от комбинации от различни дейности, като например: комуникация, обработка на информация, оценка и вземане на решения. При интегрираните грижи за пациенти с артроза, основният фокус се поставя върху процесите на комуникация по време на екипните конференции, включително вземането на решения и оценката на здравното състояние на пациента.

- Участници – хората (членове на екипа и пациенти), които извършват работа в бизнес процеса със или без използване на информационни технологии, т.е. членовете на мултидисциплинарния екип.

- Информация – създадена по време на изпълнението на работата на участниците и се използва от всички.

- Технологии – включително всички инструменти и техники, които участниците използват за извършване на

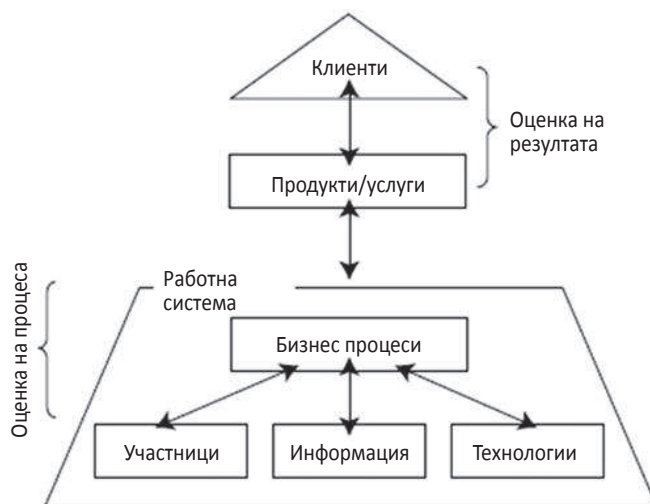
работата, като например писмени или електронни средства за обмен на информация.

- Продукти и услуги – комбинацията от физически предмети, информация и услуги, произведени от работната система (като например: обучение на пациента; цели на лечението на пациента, които поставят пациента в центъра; както и специално адаптирано за пациента лечение).

- Клиенти – хората, външни или вътрешни за организацията, които се възползват от продуктите и услугите, произведени от работната система, т.е. пациентите.

Дадена намеса може да бъде оценена от две основни перспективи. На първо място може да се установи въздействието върху продуктите или клиентите, което води до оценка на резултатите. Втората перспектива се фокусира върху работната система. Интервенциите обикновено променят повече от един компонент на работната система. Ако, например, са въведени информационни технологии, това определено ще се отрази както на компонента информация, така и на компонента бизнес процеси. Всяко от тези въздействия може да бъде оценено от гледна точка на процеса.

Фигура 1. „Метод на информационната работна система“ на Стив Олтер



Източник: Wressle E, Lindstrand J, Neher M, Marcusson J, Henriksson C. The Canadian Occupational Performance Measure as an outcome measure and team tool in a day treatment program. Disabil Rehabil 2003; 25:497-506

Методите за оценка на мултидисциплинарните екипни грижи в модели за интегрирани грижи в Канада са следните: Профил на рехабилитационни дейности (RAP) [9], Формуляр за разрешаване на рехабилитационни проблеми (RPS) [12], Канадската скала за производителност на труда (COPM) [1] и Показателите за рехабилитационен статус (IRES-3), пациентските въпросници [2, 9]. Формулярът за разрешаване на рехабилитационни проблеми [2, 3] дава възможност на здравните специалисти да използват общ език, за да опишат функциите на пациента както от гледна точка на пациента, така и от гледна точка на здравния специалист. Ползността на COPM е изследвана в програма за дневно лечение от мултидисциплинарни екипи на пациенти с остеоартроза [11]. При проучване, използващо COPM, е установено, че то не води до значителна промяна във възприятието на пациента за участие в процеса. Въпреки това, членовете на екипа заявяват, че използването на COPM като екипно средство води до по-голямо участие на пациентите и е добър индикатор за резултата. В същото време той води до разграничаване на целите и помага за фокусирането върху пациента. В научната литература се акцентира на използването на информационни технологии (електронни медицински досиета и други форми

на обмен на информация чрез интернет или електронна поща) при лечението на пациенти с артроза [12].

Изводи и заключение

За подобряване на предоставените медицински грижи за лечение на артроза и за осигуряване на навременен достъп до интегрирани грижи непрекъснато се разработват алтернативни модели за мултидисциплинарни екипни грижи с цел оптимизиране на традиционния модел.

В мултидисциплинарните екипи оценката на въздействието при въвеждането на рехабилитационни (профил на рехабилитационните дейности) средства се извършва посредством метода на работната система. Моделите за интегрирани грижи при артроза обхващат най-често общопрактикуващи лекари и/или екипи от здравни специалисти в системата за първична медицинска помощ [10]. Понякога в тях могат да се включат други специалисти (ревматолози, хирурзи, ортопеди, терапевти) в зависимост от тежестта на състоянието на пациентите с артроза. При тези модели се предоставят обучителни и образователни дейности, както и съвместни консултации. За подобряване на контактите между ортопеди, общопрактикуващи лекари и екипи от здравни специалисти се създават съвместни програми и насоки за лечение.

Съществен елемент в рамките на всички здравни интервенции, освен засиленото сътрудничество, е обучението на здравните специалисти за подпомагане на пациентите с артроза при самоуправление на заболяването. Продължаващото обучение на професионалистите, ангажирани с лечението на артроза е гаранция за клинична ефективност, удовлетвореност на пациентите и удовлетвореност на членовете на мултидисциплинарния екип.

Автори

Г. Петрова, Катедра по фармацевтични науки и фармацевтичен мениджмънт, МУ „Проф. д-р Параскев Стоянов“, гр. Варна, ул. „Марин Дринов“ №55, email: galina.petrova@mu-varna.bg

Г. Ненова, К. Михов, Св. Добрилов, Университетска многопрофилна болница за активно лечение „Св. Марина“ ЕАД, гр. Варна

Т. Костадинова, Катедра по икономика и управление на здравеопазването, МУ „Проф. д-р Параскев Стоянов“, гр. Варна

Е. Георгиева, Учебно-научен сектор „Медицински лаборант“, Медицински колеж, гр. Варна

П. Манчева, Учебно-научен сектор „Рехабилитатор“, Медицински колеж, гр. Варна

Библиография

1. Boonen A, Svensson B. Joint consultation: a joint venture towards improving effectiveness of health care. Eur J Intern Med 2003;14:146-7.
2. Haig AJ, Lebreck DB. Measurement of change in rehabilitation team dynamics with the team assessment profile (TAP). Int J Rehabil Health 2000;3:71-83.
3. Hill J, Bird HA, Harmer R, Wright V, Lawton C. An evaluation of the effectiveness, safety and acceptability of a nurse practitioner in a rheumatology outpatient clinic. Br J Rheumatol 1994;33:283-8.
4. Jacobsson LT, Frithiof M, Olofsson Y, Runesson I, Strombeck B, Wikstrom I. Evaluation of a structured multidisciplinary day program in rheumatoid arthritis. Scand J Rheumatol 1998;27:117-24.
5. Prier A, Barenboim F, Karneff A, Molars S, Beauvais C, Dumontier C, et al. Multidisciplinary day hospital treatment of rheumatoid arthritis patients. Evaluation after two years. Rev Rhum Engl Ed 1997;64:443-50.
6. Raven M, L. Brown, P. Bywood, Allied health integration: Collaborative care for arthritis and other musculoskeletal conditions, Primary Health Care Research & Information Service (PHCRIS), August 2014
7. Smits SJ, Falconer HJ, Bowen SE, Strasser DC. Patient-focused rehabilitation team cohesiveness in veterans administration hospitals. Arch Phys Med Rehabil 2003;84:1332-8.
8. Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. Phys Ther 2002;82:1098-107.
9. Tjhuis GJ, Zwiderman AH, Hazes JMW, van den Hout WB, Breedveld FC, Vliet Vlieland TPM. A randomized comparison of care provided by a clinical nurse specialist, inpatient team care and day patient team care in rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 2002;47:525-31.
10. Van Bennekom CAM, Jelles F, Lankhorst GJ. Rehabilitation Activities Profile: the ICIDH as a framework for a problem-oriented assessment method in rehabilitation medicine. Disabil Rehabil 1995;17:169-75.
11. Vliet Vlieland TP. CARE: International conference on multidisciplinary care in rheumatoid arthritis. Int J Adv Rheumatol 2003;1:34-6.
12. Wessle E, Lindstrand J, Neher M, Marcusson J, Henriksson C. The Canadian Occupational Performance Measure as an outcome measure and team tool in a day treatment program. Disabil Rehabil 2003; 25:497-506.

IN MEMORIAM

100 години от рождението и 45 години от смъртта на проф. Васил Стоянов Чолаков



Юрист, философ, социал-медицински, посветил целия си творчески живот на българското здравеопазване, проф. Васил Чолаков ще остане в историята на здравното дело с дългогодишната си работа в областта на социално-медицинските и философски изследвания и на изграждането на здравната система и подготовката на ръководни кадри.

Проф. Васил Чолаков е роден в с. Оборище в семейство на юрист и учителка. От тях наследява любовта към знанието, научното търсене и интереса към общественото развитие. Завършва право в Софийския университет и от 1947г. се ориентира към проблемите на здравеопазването. Почти две десетилетия е съветник на министъра на народното здраве и активно участва в създаването на нормативната

база на изграждащата се по това време здравната система.

Интересът му към философските проблеми на медицината и здравеопазването го води в катедрата по диамат в Института за специализация и усъвършенстване на лекарите, чийто ръководител остава до края на живота си. Работи заедно с проф. Колю Гаргов, проф. Алексис Вълчев, проф. Ташо Паскалев, доц. Димитър Борисов, проф. Христо Големанов и редица други видни дейци на здравеопазването от този период.

Основната част от трудовете му – повече от 150 – е посветена на философските и социалните проблеми на медицината и здравеопазването. Проф. Чолаков предлага една от първите в нашата литература класификация на социалните условия и фактори и е сред първите изследователи на икономиката на здравеопазването у нас. Съавтор и редактор е на „Основи на социалната хигиена“, ръководство за специалистите по социална хигиена и организация на здравеопазването.

от Редколегията на сп. „Социална медицина“